

# A escuta participante e a noção de imponderável revisitada

Cristina Dias da Silva<sup>1</sup>

## Resumo

Este texto discute e problematiza, tomando como inspiração etnografias recentes produzidas no âmbito da antropologia da saúde e saúde indígena, as noções de escuta participante e de imponderável. Busco argumentar em torno do impacto desses dois elementos em nossa produção conceitual, compreendendo como tais etnografias podem atualizar a teoria antropológica. O artigo está estruturado em dois pontos: 1) a escuta participante nas etnografias da saúde e 2) o improviso, categoria nativa entre profissionais da saúde, e suas conexões com a noção de imponderável, conceito antropológico.

**Palavras-chave:** *Antropologia da saúde; etnografias; escuta participante; imponderáveis*

## Participant listening and notion of imponderable revisited

## Abstract

This article discusses, taking as inspiration recent ethnographies in health anthropology and indigenous health, the notions of participant listening and imponderable. I seek to argue around the impact of these two elements on our conceptual construction, as well as how ethnographies in health anthropology update the anthropological theory. The article is structured as follows: 1) listening as participation, as a form of engagement. 2) improvisation, being a native category among health professionals, and its connections with the notion of imponderable as an anthropological concept.

**Keywords:** *Anthropology of health; ethnographies; participant listening; imponderable*

## Introdução

Veena Das, já faz algum tempo, tem chamado a atenção para o sentido político da produção antropológica. Atenta ao cenário de pertença às distintas comunidade antropológicas formadas no decorrer do último século, ela define assim sua política epistemológica:

A eurocentric discourse may be the dominant discourse of social anthropology, but anthropologists who inhabit peripheral spaces like India or Brazil have built their own communities of conversation out of the immediacy of their own environment. (...) I would like to reflect on the possibility of local and diverse traditions of the discipline leading to a different direction in the creation of anthropological understanding. (1995: 197-199).

---

<sup>1</sup> Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCSO) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Para Das, o desafio de criar um entendimento antropológico reside, portanto, em uma política do reconhecimento das tradições teóricas *historicamente tecidas*. Se levarmos essa proposta para pensarmos que tipo de antropologia da saúde produzimos, podemos supor um movimento pendular entre: (1) o compromisso de reconhecer e apontar violências produzidas pelos agentes governamentais no interior dos próprios atos administrativos e, ao mesmo tempo, (2) acolher as perspectivas destes agentes, produzindo uma renovação da dicotomia medicina ocidental *versus* medicinas tradicionais. Nota-se que o movimento pendular poderia ser vinculado a uma teoria antropológica mais abrangente, que pensa as relações de poder para dentro e para fora dos trabalhos de campo e das respectivas etnografias. Nesse sentido, os trabalhos de Souza Lima (2002a, 2002b, 2002c), Teixeira (2009, 2010 e 2012), Ferreira (2009), Barroso-Hoffman (2009) e Bronz (2016) entrelaçam – desde seus distintos contextos – a perspectiva antropológica sobre fazer estado, a partir da qual o conceito de poder é compreendido processualmente. Por tal razão, a antropologia da política, do estado e/ou da governança produz um diálogo profícuo com a antropologia social de Veena Das.

Não é pretensão deste artigo realizar um estado da arte das etnografias em saúde, este seria um trabalho muito mais extenso. A intenção foi reunir ideias similares discutidas nas referidas etnografias, com objetivo de criar um diálogo propositivo sobre os conceitos de escuta participante e improviso/imponderável – considerando a hipótese de que tais conceitos podem oferecer sínteses teóricas interessantes. Ainda, é fortuito chamar atenção para o fato de que tanto as problematizações sobre a escuta como sobre os improvisos/imponderáveis não são elementos que podemos localizar nas etnografias recentes como citações diretas. São, antes, uma oportunidade dialogar, entre outras coisas, com o arcabouço conceitual sobre poder, inspirado em Foucault (2005), Elias (1990), Abrams (1988), Austin (1990), entre outros, que tem frequentemente se atualizado por meio

das narrativas que envolvem conflitos e tensões na antropologia da saúde. Quando tal fazer antropológico se aproxima das burocracias estatais temos um quadro bastante complexo a ser considerado, e as dificuldades de se estudar o estado se tornam mais evidentes. Portanto, o esforço analítico empregado foi o de produzir diálogos pontuais entre as etnografias recentes, através de um fio condutor (escuta participante e improvisos/imponderáveis) que mesclasse tanto as experiências de interlocução, quanto as considerações ético-políticas, bem como o posicionamento dos autores frente aos desafios do trabalho de campo em antropologia da saúde.

### **A escuta participante e a escrita etnográfica: as etnografias em saúde**

Nas etnografias mais recentes em antropologia da saúde, a escuta e o silêncio aparecem como elementos transversais nas etnografias (TONIOL, 2015; OSHAI, 2017; BARBIN Jr., 2016; NOGUEIRA 2016; MANSO, 2015; SANTOS, 2015; SILVA, 2016), isto é, pertencem ao universo descritivo dos autores, mesmo que não constituam os argumentos centrais. As pesquisas sobre saúde na Antropologia ocorrem, quase sempre, pela conexão com processos saúde/doença/bem-estar, que histórica e politicamente já foram capturados anteriormente por certo olhar sobre nós e os outros: envelhecimento *versus* juventude, doenças específicas e/ou crônicas, saúde mental, contextos de violência institucional e ambiental, itinerários terapêuticos na saúde indígena, entre outros. Em comum, o sofrimento ou a dor torna-se um problema teórico digno de ser repensado, aparecendo algumas vezes como ossos do ofício ou, ainda, como um elemento empírico disperso. Os cenários na saúde podem ser imprevisíveis num sentido da urgência ou emergência médica, mas possuem a constância da dor e do sofrimento no interior da diversidade destes itinerários terapêuticos. Assim, somam-se dois níveis de análises a serem entrelaçados: a dor e o sofrimento como um problema ético e teórico para a escrita etnográfica e a própria

dificuldade que constitui o fazer antropologia da saúde ao considerar a intensidade das emoções como elemento constitutivo dos diálogos, das interações e dos contextos de vida cotidiana.

De maneira similar, um dos maiores desafios teórico-metodológicos para pesquisadores que atuam na ‘passagem’ entre saúde e política é demonstrar sua indissociabilidade e ao mesmo tempo atualizar as possibilidades de passar de um domínio a outro, isto é, do cuidado à política (CARNEIRO, 2011) ou ainda das emoções à política (COELHO, 2010) – reconhecendo que estes, muitas vezes, são domínios tomados pelo senso comum acadêmico como opostos, talvez porque um remeteria supostamente e exclusivamente ao domínio do privado e o outro do público. Portanto, residiria nesses trabalhos um esforço analítico admirável para pô-los em franco diálogo. Itinerários terapêuticos<sup>2</sup>, para tomar um conceito basilar em estudos da antropologia da saúde, não são apenas caminhos ou trajetos delineados por um tempo cronológico ou em um espaço linear, mas se apresentam nas etnografias, sobretudo, como histórias múltiplas e complexas, em torno de tomadas de decisão, arrependimentos, dores, sofrimentos, discriminações e relações de poder institucionalizadas, estabelecendo um desafio de linguagem para descrever tais complexidades.

Quando Forsey, em um artigo publicado em 2010, defende que a noção de escuta participante não é apenas dar ênfase a uma nova sensorialidade, o autor busca justamente um novo sentido intelectual ao ouvir, e vislumbra uma escrita etnográfica que o incorpore. Ouvir como exercício de construção da alteridade seria uma forma de produzir conhecimento: “It may well be the case that some researchers are more

aural than visual and vice versa – a phenomenon that is bound to influence not only the ways in which research is pursued, but also what is pursued, and what is found” (FORSEY, 2010, p.560). Assim, o autor coloca o problema da escuta para além da percepção/sensorialidade, obrigando o leitor a voltar-se para o aspecto produtivo e intencional de toda escuta. O que estamos ouvindo de nossos pesquisados? Não são poucos os relatos entre antropólogos da saúde onde a dor e o sofrimento alheios são tomados por uma escuta atenta. Embora o sofrimento seja um elemento central para a experiência dos antropólogos, a perspectiva de denúncia já tem sido o suficientemente apontada como limitada, pois ela nunca pode ser inteiramente refletida na experiência de construção textual sem perder parte da sua integridade enquanto ação política. Assim, aponta-nos para certos limites da escrita, não como um defeito, mas, antes, como uma qualidade a ser considerada. O que, nesse sentido, nos propõe Forsey é encontrar um caminho teórico mais adequado para a escuta do que o apelo a seu caráter imediato de sensorialidade imiscuída a sensibilidades individuais.

Cardoso de Oliveira (1998) já havia trazido a escuta/o ouvir como parte de uma tríade de operações analíticas próprias de nosso ofício, como um processo que se daria em três partes mais ou menos sequenciais: o olhar, o ouvir, o escrever. Por sua vez, Forsey torna especificamente a escuta uma catalisadora para a reflexão antropológica, ao substituir as oposições entre escuta (passiva) e fala (ativa) pelo caráter ativo de toda escuta e sua consequente politização. Tratar-se-iam de certas hierarquias do ouvir, e não de uma miríade de possibilidades orquestradas por nossas sensibilidades pessoais. Estamos no reino da

2 Itinerário ou itinerário(s) terapêutico(s), portanto, é aqui usado em seu sentido notoriamente conhecido pelos estudiosos da antropologia da saúde, isto é, com a ressalva fundamental de que não se tratam de caminhos ou trajetos fixos, mas de percursos em amplo sentido: disputas de poder específicas sobre a lógica do atendimento prestado, disputas sobre o sentido mesmo de certos sintomas, disputas em torno da ordem dos acontecimentos em torno do doente. As descrições desses itinerários sempre nos conduziram a mapas mentais e políticos, e não a mapas no sentido geográfico ou literal... Neste sentido, trata-se de um termo com inspiração nos debates antropológicos feitos a partir da intensidade de seus trabalhos de campo, e cujo legado tem sido complexificar e expandir os significados da própria noção de “itinerários terapêuticos. Assim, optamos pelo seu uso consagrado na literatura da área como em Langdon (2014), Garnelo (2003), entre outros. Ademais, adiro ao termo itinerário com a perspectiva de que o adensamento etnográfico desses percursos seja um respaldo suficiente para que o debate antropológico se estabeleça em um viés menos nominalista, conforme discute Duarte em artigo recente sobre romantismo e holismo na antropologia do Ocidente (2015).

linguagem e da classificação – como bem destacou Cardoso de Oliveira. Soma-se a isso o fato de que as etnografias em antropologia da saúde abundam em narrativas sobre adoecimento e itinerários que constroem dinâmicas de poder, relações sociais, sujeitos e subjetividades, e nesse sentido instauram novos pressupostos de linguagem, nos empurrando para novas fronteiras: narrativas, testemunhos, itinerários terapêuticos, silêncios, linguagem onírica, autoetnografia, entre outros experimentos.

Vejamos, por exemplo, alguns trechos de etnografias que se propõem a ir além, pautando a dor como elemento narrativo capaz de sintetizar ideias e valores, assim como nos permite problematizar o que os pesquisadores estão ouvindo:

Reconhecer a dor como objeto de atenção terapêutica é, para alguns analistas (Clarke; Schim, 2003), a expressão de processos de biomedicalização mais recentes, que têm transformado certos tipos de experiências, práticas e períodos da vida em fenômenos de interesse da expertise médica (...) Mesmo reconhecendo que a emergência de clínicas especializadas no tratamento da dor possam estar relacionadas com esse movimento de biomedicalização da vida, é preciso assinalar que há, na relação paciente-dor-especialista, *certas singularidades que não podem ser descritas* se levarmos em conta apenas esse tipo de referência. (Tonio, 2015:140-141) (grifos meus)

*Diante do sofrimento e das negligências no atendimento*, foi necessário alterar a condição de ‘paciente’ para ‘agente’. A mãe da Sr<sup>a</sup>. Claudiane, tendo experimentado e acumulado uma série de situações de violações de direitos, seus e de seus familiares, fez uso das armas que tinha no momento. *Usou da palavra para ‘esculhambar’*. O médico que estava no hospital, mas que parecia não estar, pois não queria atender, ao ser afrontado pelo ímpeto da mãe da Sr<sup>a</sup>. Claudiane, resolveu agir. Outras pressões, entretanto, ainda teriam que ser realizadas para que houvesse, de fato, o alento para o sofrimento físico da Sr<sup>a</sup>. Claudiane. (Oshai, 2017:334) (Grifos meus)

As “andanças” não bastam para construir o vínculo. Este é um trabalho inscrito no tempo, um trabalho que se faz também pela repetição e no trabalho em produzir continuidade das relações. *Faz-se vínculo pela escuta e na escuta das queixas e sofrimentos*, pelos conselhos, pelos apertos de mão, abraços e pequenas trocas de afetos. Todas essas pequenas interações, pequenos gestos produzem vínculo e instauram possibilidades de cuidado. (Nogueira, 2016:122) (grifos meus)

Ao seguir o modelo da anamnese clássica poderíamos supor que este tipo de relação ocorreria de forma impessoal, ao contrário, junto a estas informações, existe a preocupação com o doente, com sua história de vida, as visitas domiciliares vão além do olhar médico, da leitura das receitas, do contar o número de remédios que foram tomados, ou do toque das mãos para verificar a ocorrência de nódulos no corpo ou erupções na pele, *há o momento da escuta, do silêncio*, para além de perguntas e resposta. (SANTOS, 2015:187) (grifos meus)

As etnografias claramente buscam capturar novos objetos do ouvir, assim como reivindicam certos sujeitos do ouvir, os pacientes, nesse processo de condução da pesquisa de campo. Para além do conflito com a biomedicina, como modelo insuficiente, nota-se, também, que há uma persistente tematização de como descrever a dor e o sofrimento, e a noção de que algo nessa experiência, por mais bem intencionado que seja o pesquisador, parece não caber no processo da escrita.

Se tomarmos a referência clássica de Alfred Schutz (1979), por exemplo, temos que seu conceito “sistema de relevâncias” seria a base de toda relação social, em sua apreensão fenomenológica ao menos. Comparativamente, seria possível pensar que há certo sistema de relevância em jogo atuando como causa e efeito de uma linguagem descritiva em que nossos trabalhos de campo estão imersos. Assim, é interessante notar que nas etnografias em antropologia da saúde a passagem da experiência

da dor e do sofrimento à linguagem escrita acadêmica/antropológica, como vemos nos trechos supracitados, pode ser percebida a partir do que Veena Das compreende como um exercício conjunto de produção de memória: “construir memórias através do compartilhamento da dor é bem distinto de construir memórias através de coleções em museus” (DAS, 2007:37)<sup>3</sup>. O ponto desta Antropologia social de Das é qualificar a relação entre linguagem e dor em seus limites descritivos, assim como experimentar a linguagem enquanto corpo, proposta teórica contida em *Critical Events* (1995) e atualizada em outros trabalhos da autora como em *Life and Words* (2007) e no mais recente *Affliction: Health, disease, poverty* (2015)<sup>4</sup>.

Propomos assim um exercício reflexivo sobre as etnografias recentes da antropologia da saúde, certamente não para esgotar suas possibilidades, mas para apurar a descrição do sofrimento e da dor como elementos que interpelam diretamente o pesquisador, destacando o caráter político de tais trabalhos, como o faz Das quando relaciona o sofrimento alheio ao *corpo do pesquisador*:

The healing force of social anthropology can come if the experience of suffering we have encountered in these chapters do not become cause for consolidating the authority of the discipline, but rather an occasion for forming one body, providing voice, and touching victims, so that their pain may be experienced in other bodies as well. (DAS, 1995:196)

Assim, a experiência da dor do outro destacaria os aspectos críticos de uma escuta participante, sendo tributária de uma postura política – estar no corpo do outro ou estar na pele do outro, enfim, conectar-se intelectualmente no processo da escrita a um corpo político e coletivo, jamais a um corpo biológico, mas antes

a um *corpus*.

Acrescentaria, ainda, a esse debate, o quanto as etnografias em torno da saúde indígena teriam o potencial de mostrar tal caráter auto-reflexivo, pois há uma confluência maior de linguagens conceituais: alguns trabalhos enfatizam categorias como estado, administração pública e rituais da política e outros enfatizam processos saúde-doença, itinerários terapêuticos, rituais de cura. A noção de corpo, entretanto, une muitas dessas etnografias, em que há um debate em torno de algumas circunstâncias que se polarizam: corpo como controle, corpo como experiência, corpo como linguagem.

### **O imprevisto e o imponderável: as etnografias em saúde indígena**

Dando continuidade ao exercício reflexivo iniciado pela questão de uma escuta participante nas etnografias da saúde – que revelam o potencial de reinventar a escrita etnográfica através de cenários que se complexificam ao longo do tempo, nos termos da relação entre pesquisadores, pesquisados e agentes governamentais –, nos casos de etnografias em saúde indígena, particularmente, o exercício do ouvir qualificado se delineia, sobretudo, através das noções de imprevisto e imponderável.

Se ao final dos anos de 1980 e meados dos anos 1990 as primeiras críticas ao modelo de atendimento em saúde aos povos indígenas já apontava relações tensas entre antropólogos e profissionais de saúde (COSTA, 1987; GALLOIS, 1991; BUCHILLET, 1991; GREENE, 1998), em pouco mais de vinte anos, e após o processo de distritalização<sup>5</sup>, há muito mais tensões nascidas no seio dessas relações de pesquisa. O surgimento de uma série de reivindicações por parte de novas associações indígenas, além da ascensão da ideia de interdisciplinaridade e interculturalidade em

3 Tradução minha.

4 Além das referências às obras da autora, ver a resenha de seu livro mais recente, *Affliction: Health, disease and poverty* por Bispo (2018).

5 Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram implantados a partir de 1999 no Brasil. Resultado das demandas construídas pelas VIII e XIX Conferências de Saúde Indígena, os Distritos foram pensados a partir de um modelo de atenção diferenciado aos povos indígenas, buscando com isso garantir o acesso universal e integral à saúde. Atualmente,



saúde são elementos cujo valor político não foi ignorado pelas etnografias em saúde indígena. As dificuldades do trabalho de campo através da noção dupla de imprevisto e imponderável, serão apresentadas na tentativa de produzir uma perspectiva compreensiva sobre os desafios de pesquisadores através da escrita etnográfica.

É notório que as etnografias em saúde indígena do período recente, pós-distritalização, (MAGALHÃES, 2001; MARQUES, 2003; ROCHA, 2007; DIAS DA SILVA 2010, FERREIRA 2010, ARAÚJO 2012, DIAS-SCOPEL, 2014; SCOPEL, 2013) descrevem ações de saúde improvisadas. Certa perspectiva crítica ao estado surge em nossos trabalhos, seja na forma da análise de políticas públicas:

Cada vez mais o Estado brasileiro tem criado políticas públicas que empregam a noção de “tradicional” para qualificar os seus objetos: medicina tradicional, povos e comunidades tradicionais, conhecimento tradicional (associado), práticas tradicionais (integrativas e complementares), parteiras tradicionais, entre outros. O discurso oficial veiculado por essas políticas está alinhado às diretrizes estipuladas pelos organismos internacionais (OMS, ONU, OIT) aos Estados nacionais, das quais o Brasil é signatário. No âmbito desta tese, chama-se essa formação discursiva de Políticas da Tradição. (FERREIRA, 2010:238)

Seja na forma de etnografias centradas nas equipes de saúde:

Apesar dessas diretrizes, as equipes que atuam na área da saúde, (...) não haviam recebido, até então, nenhum curso de capacitação, ou mesmo alguma orientação para atuar junto a essas populações. Nos diálogos mantidos no decorrer da pesquisa,

os profissionais confirmaram que tal preparo não ocorreu, nem mesmo para aqueles que haviam cursado o nível superior, como era o caso dos dois odontólogos e dos cinco enfermeiros da equipe. Alguns deles argumentaram que *o conhecimento da cultura daqueles Povos havia ocorrido no próprio processo de trabalho, em uma “ação auto-didata”*. (ARAÚJO, 2012:203) (grifo meu)

Seja, ainda, na análise de casos que produzem críticas mais gerais ao próprio fazer antropológico:

A primeira dificuldade (...) é como nomear saberes relacionados com práticas e terapêuticas curativas não acadêmicas. Nesse caso, muitos são os adjetivos utilizados para distingui-las da medicina praticada por nós, ocidentais: práticas de cura tradicionais, artes de cura, terapias alternativas, medicina rústica, medicina sertaneja, medicina paralela, entre outras denominações. O segundo problema que se apresenta ao pesquisador é como lidar com os efeitos que o recurso comparativo produz sobre a relação que se estabelece entre a medicina acadêmica e os conhecimentos tradicionais e que, por sua vez, podem ser percebidos no uso de conceitos que, novamente, remetem a ideias de ausência, falta ou resistência e que, comumente, estão presentes em trabalhos que procuraram explicar a permanência de práticas terapêuticas não oficiais em um mundo dominado pela hegemonia da medicina acadêmica. (SANTOS, 2013: 163-4)<sup>6</sup>

O problema em torno do imprevisto surge, portanto, em várias frentes. Surge para problematizar o campo governamental – pela sua ineficiente e/ou insuficiente infraestrutura (equipamentos), além da pouca efetividade na formação de pessoal de saúde especializado em questões relativas as culturas indígenas.

---

há no Brasil 36 Distritos Sanitários Especiais indígenas, respeitando a localização dos povos indígenas, abrangendo, às vezes, mais de uma fronteira estadual. A principal diferença para o modelo anterior, é que os Distritos possuem Equipes Multidisciplinares de Saúde, cujo objetivo é realizar um atendimento básico permanente nas aldeias, assim como, encaminhar pacientes para a rede do SUS para atendimentos de média e alta complexidade. Para maiores detalhes, ver a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002).

6 Embora este trabalho não seja em saúde indígena, estrito senso, vale a pena expor aqui sua reflexão que representa também uma nítida tensão nas pesquisas antropológicas em saúde indígena, qual seja, a dificuldade de articular distintas formas de terapêutica, cura, bem como a de descrever tais tentativas como políticas de saúde específicas.

Surge também para falar sobre a pretendida diferenciação no atendimento a povos indígenas, e, portanto, como uma questão central para o conceito de cultura entre manejos políticos e deslocamentos de sentido. Esse tem sido, inclusive, um traço mais geral das etnografias e artigos publicados no Brasil nos últimos anos, isto é, a percepção de que falta diálogo e de que os agentes governamentais, como os profissionais de saúde, não conseguem entender ou não estão aptos ou interessados em produzir um atendimento diferenciado (GARNELO, 2004; NOVO, 2010). Também vemos surgir como questão qualificada para o debate na saúde indígena a ação dos sujeitos diante de situações-limite como os atendimentos emergenciais, que dramatizam ao mesmo tempo os conflitos da ordem da infraestrutura e entre perspectivas distintas de saúde e doença (DIAS DA SILVA, 2010). Por tal razão, a categoria do imprevisto se torna um elemento constitutivo do cotidiano na saúde indígena, uma ideia que invade a escrita etnográfica, sendo um idioma a partir do qual o universo semântico utilizado pelos antropólogos para pensar e descrever a saúde indígena ganha inteligibilidade, como podemos ver no seguinte trecho:

A positividade conceitual do imprevisto dentro da análise sobre a assistência à saúde indígena está, portanto, em não o reduzir a um problema circunstancial. Entre as técnicas de enfermagem, a habilidade para improvisar conferia um capital simbólico na constituição das relações com os Munduruku e no interior do grupo de profissionais da enfermagem. Um longo tempo de permanência nas aldeias, ao contrário de mal necessário, indicava sua pertença ao grupo *diferenciado* da saúde indígena. (DIAS DA SILVA, 2010:123)

Nesta citação de minha tese podemos ver que a noção de imprevisto possuía um duplo vínculo: dizia respeito às ações na saúde indígena, mas também, à própria identidade do corpo da enfermagem. A noção de diferenciado, valor caro ao contexto da implantação dos Distritos Sanitários, parece escorregar para um manejo

cotidiano totalmente imponderável: se os povos indígenas são diferenciados, o corpo de enfermagem também o seria. Com base nesses dados, passei a reconsiderar o discurso oficial da articulação de saberes para os vieses que apareciam no cotidiano da assistência. Não se tratava tanto de enunciar que a interculturalidade em saúde estava fadada ao fracasso, mas de ouvir tal clamor de diferenciação como uma forma de construção de legitimidade por parte de minhas interlocutoras. Seria mais um exemplo, entre outros bons exemplos que as etnografias da área nos trazem, de que as diferenças culturais, quando vividas dentro dos sistemas de saúde, sofrem uma refração interna referente ao modelo hierárquico ali predominante. Neste, o corpo de enfermagem, mais que qualquer outro grupo de profissionais, encarna o valor do imprevisto como um modo de operar hierarquias sociais. Sem entender tal questão, teria sido impossível avançar no trabalho de campo com as profissionais da enfermagem que constituíam, e ainda constituem maciça maioria das equipes que prestam assistência à saúde indígena.

Se os atuais antropólogos da saúde têm buscado lidar com o nível de imprevisto registrado nas ações da saúde e saúde indígena, como tentei demonstrar, parece-me que tal esforço operaria na mesma chave a partir da qual Malinowski (1984) estabelece sua famosa noção de imponderável. É esta noção que o leva a desconfiar de seus dados, de seus próprios esquemas, é também por isso que aprender a língua/linguagem nativa se tornaria indispensável entre as mais distintas correntes teóricas. Mais do que isso, estava em vigor um novo processo intelectual centrado na escuta. Se olharmos para as etnografias em antropologia da saúde perceberemos que os caminhos de uma escuta participante – como sugere o fio condutor de Forsey – já vinham sendo construídos pela força descritiva dos itinerários terapêuticos, que não possuem um início e nem um fim, mas são sempre histórias que já começaram em algum ponto e ainda não terminaram. Os doentes caminham e nem sempre estamos lidando com mapas territoriais, mas, sobretudo com mapas mentais. Assim, quero dizer que os

imponderáveis descritos nas etnografias ganham aqui um contorno dramático, sobretudo a partir dos itinerários terapêuticos: desde análises dos protocolos escritos e inscritos nas políticas públicas (FERREIRA, 2010), dos protocolos clínicos (GUIMARÃES, 2018), dos improvisos em situações emergenciais (GARNELO, 2004; NOVO, 2010), das etnografias que tomam sistemas de saúde comparativamente (PEREIRA, 2012) e daquelas que refletem sobre o cotidiano em relação a infraestrutura insuficiente, além dos improvisos em torno daquilo que muitos profissionais de saúde resumem como uma qualidade adquirida pela experiência na saúde indígena; “um saber lidar com eles”, um conhecimento de longo prazo, cheios de tipos de improvisos ritualizados (DIAS DA SILVA, 2010).

A noção de imponderável tem, portanto, um duplo significado para os estudos em antropologia da saúde, primeiro porque carregado de um sentido histórico específico, qual seja, o de buscar sempre nas estratégias descritivas chegar aos limites, às margens do dizível, não apenas compartilhando a dor e sofrimento dos interlocutores, mas atribuindo sentidos estruturais e políticos a eles e, segundo, porque lida com o seu próprio sofrimento ao esgarçar estas experiências na tentativa de produzir um texto coerente. Baseadas em tantos tipos distintos de improvisos, a questão de Malinowski permanece atual, e permite aos antropólogos da saúde dizerem de certas dificuldades em seus trabalhos de campo, percebidos como verdadeiros arranjos socio-político-históricos, a partir dos quais é possível problematizar as relações de poder que configuram as interações em campo – sobretudo aquela que marca a presença do pesquisador: como ouvir, como descrever as dores e sofrimentos que constituem os trabalhos de campo aqui referidos.

Compreender e se aprofundar sobre o tema das políticas de saúde torna-se complexo não apenas no nível da descrição de problemas teóricos, mas, sobretudo, enquanto construção e manejo político da diversidade cultural (TEIXEIRA, 2012). Sendo assim, o que se estabelece como desafio do antropólogo ao

participar de e analisar políticas públicas é uma interlocução repleta de imponderáveis com vasto rendimento analítico, como demonstram autoras e autores desde meados dos anos 2000, em meio à proliferação de propostas políticas específicas para a saúde indígena:

Talvez a imagem provocativa do antropólogo como um estrangeiro – proposta por Schuch (2003) para definir tanto a posição do acadêmico em relação aos profissionais engajados em projetos de intervenção social, como a posição daqueles que se aventuram a sair da academia e buscar interação com outros profissionais – seja a que melhor se adequa à situação do antropólogo frente às equipes multidisciplinares de saúde que atuam em terras indígenas. (SMILJANIC, 2008:16)

De modo geral, os profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto aos AIS e às comunidades, não mantendo uma postura aberta para entender e aceitar os itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura. (NOVO, 2010:157)

Como referências de um tempo que parece nunca acabar, instauramos também em nossas análises da saúde indígena um tempo político associado às relações interétnicas. A escrita etnográfica não apenas reflete tal manejo do tempo político, mas torna-se consciente de tal processo, indicando os esgarçamentos de sentido e os manejos situacionais.

O cenário gerado pela terceirização da saúde indígena é ambíguo e contraditório. Por um lado, a participação propiciada pelo subsistema de saúde indígena enquadra as entidades etnopolíticas em propostas e finalidades preestabelecidas, que não necessariamente favorecem a autonomia e a autogestão e que induzem os dirigentes indígenas a investir no aprendizado da linguagem e de estratégias da tecnoburocracia, em detrimento da lógica e de formas próprias de atuação dos movimentos sociais. (GARNELO E SAMPAIO,



2005:1222)

Os tempos e os espaços da saúde pública e a forma como os povos indígenas se organizaram para neles atuarem constituem uma oportunidade privilegiada neste esforço de ir além do debate sobre princípios norteadores. Se a noção de autonomia insere-se no campo semântico e histórico do processo da construção de si como *sujeito* individual ou coletivo por parte de diferentes grupos sociais, no que concerne aos povos indígenas, historicamente o eixo tem sido a condição de *sujeito coletivo político*, em detrimento dos direitos individuais indígenas. (TEIXEIRA. 2010:106) (grifos da autora).

Por tal razão, a proposta de Das (1995, 2007, 2015) associada à de Forsey (2010) torna-se relevante, pois abre um caminho para refletir sobre os manejos políticos da cultura, tomada como elemento de reflexão e disputa de sentidos. Podemos citar, nesse mesmo sentido, a noção de cultura com aspas de Carneiro da Cunha (2009), através do qual a autora propõe uma fundamental distinção entre o conceito antropológico de cultura e o agenciamento político e interessado de tal conceito, visando com isso produzir também uma etnografia sobre o uso do conceito de cultura.

Se por um lado, os silêncios e silenciamentos apontam para as margens do (in)dizível em que o compartilhar do sofrimento é uma experiência nem de todo traduzível ou acessível à escrita, por outro lado, a escuta participante reintroduz o problema da descrição etnográfica através dos improvisos enquanto valor teórico, isto é, como um daqueles imponderáveis sobre os quais a reflexão antropológica se constituiu ao longo do século XX.

### Considerações finais

Este artigo teve como objetivo dialogar com dois conceitos que, como argumentei, fariam parte do universo semântico das etnografias em antropologia da saúde: a escuta participante e a noção de imponderável. Aliando reflexões de Veena Das sobre o papel da Antropologia

diante do sofrimento do outro e de experiências disruptivas de dor, com a proposta de Martin Forsey sobre as possibilidades de uma escuta participante, foi possível demonstrar que há no Brasil uma intensa produção etnográfica na área que tem buscado se aprofundar nestas questões: nomeando conflitos entre pesquisadores e pesquisados, qualificando a experiência da dor e do sofrimento enquanto elementos narrativos a serem continuamente problematizados, descrevendo ações improvisadas de vários tipos, re-enunciando a insuficiência do modelo de interlocução vigente nos sistemas médicos ocidentais, entre outros.

Tratar-se-ia de uma agenda de pesquisa em expansão. Se após a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, e do Subsistema de Saúde indígena (distritalização), em 1999, mudanças na assistência se fizeram notar, com uma organização mais bem distribuída dos serviços básicos de atenção à saúde, por outro lado, um campo enorme de dificuldades se colocou à frente dos pesquisadores: afinal, o maior acesso aos serviços de saúde também produziu mais tensões, mais conflitos a serem narrados, mais experiências expostas pelos sujeitos sobre suas dores e sofrimentos cotidianos. Fazer parte desse processo político maior que é a produção de saúde pública é, pois, um desafio instigante para a pesquisa antropológica, sobretudo porque a dinâmica dos trabalhos de campo são sensíveis a tais movimentos históricos e capazes de catalisar os problemas cotidianos, unindo distintas dimensões da vida. Indo mais além, creio que as etnografias aqui elencadas corroboraram significativamente para a renovação teórica, ao produzir um jogo de espelhos em que os improvisos cotidianos e seus itinerários terapêuticos são tomados como imponderáveis para refletir sobre as experiências que compõem o processo saúde/doença, seja através de rotinas hospitalares, sistemas de saúde comparados, experiências narrativas complexas de dor e sofrimento e participação em políticas públicas de saúde brasileiras.

### Referências bibliográficas

- ABRAMS, P. Notes on the difficulty of studying the State (1977). *Journal of Historical Sociology*, (1):1, 1988.
- ARAÚJO, R.S. Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e contradições a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial do Xingu. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.
- AUSTIN, J. Quando dizer é fazer: palavras e ações. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1990.
- BARBIN Jr, H.B. Médicos, Medicina Alternativa e Biomedicina no SUS em Florianópolis. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- BARROSO-HOFFMAN, M. Fronteiras étnicas, fronteiras de Estado e imaginação da nação: Um estudo sobre a cooperação internacional norueguesa junto aos povos indígenas. Rio de Janeiro: E-Papers, 2009.
- BISPO, Raphael. Resenha de “Affliction: health, disease and poverty” de Veena Das, *Mana*. (UFRJ. Impresso), v. 24, p. 275-279, 2018.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição, Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 40p.
- BRONZ, Deborah. Nos bastidores do licenciamento ambiental: uma etnografia das práticas empresariais em grandes empreendimentos. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.
- BUCHILLET, D. (Org.). Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém: Edições CEJUP, 1991.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O Trabalho do Antropólogo. Brasília/ São Paulo: Paralelo Quinze/Editora da Unesp, 1998.
- CARNEIRO, R. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado. Tese de Doutorado (CIÊNCIAS SOCIAIS) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- CARNEIRO da CUNHA, M. Cultura com aspas. São Paulo: CosacNaify, 2009.
- COELHO, M. C. Narrativas da Violência: a dimensão micro-política das emoções. *Mana* (UFRJ. Impresso), v. 16, p. 1-20, 2010.
- COSTA, D. C. 1987. Política Indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.4, n. 3, p.388-401, 1987.
- DAS, V. Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India. New Delhi: Oxford University Press. 230 p. 1995.
- \_\_\_\_\_. Life and Words. violence and the descent into the ordinary. (Foreword by Stanley Cavell) Berkeley Los Angeles London: University of California Press, 2007.
- \_\_\_\_\_. Affliction: Health, Disease, Poverty. New York: Fordham University Press. 2015.
- DIAS-SCOPEL, R. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2014.
- DIAS DA SILVA, C. Cotidiano, saúde e política: uma etnografia entre os profissionais da saúde indígena. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL). Universidade de Brasília: Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: TEIXEIRA, C.; L. GARNELO, L. (Orgs.). Saúde indígena em perspectiva: explorando suas

- matrizes histórias e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- DUARTE, L. F. D. Romanticism and holism in the anthropology of the West (revisiting Bergson's paradox). *Anthropological Theory*, v. 15, p. 179-199, 2015.
- ELIAS, N. O Processo Civilizador I. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.
- FERREIRA, L.O. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto jurua: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. 261 f. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2010.
- FERREIRA, L.C.M. Dos autos da cova rasa: a identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960. Rio de Janeiro: e-papers, 2009.
- FORSEY, M. G. Ethnography as participant listening. *Ethnography*, v.11, n. 4, p.558-572, 2010.
- FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- GALLOIS, D. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: BUCHILLET, Dominique (Org.). *Medicinas Tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP, 1991.
- GARNELO, L. Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
- GARNELO, L. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período 1990 a 2004. Porto Velho: UFRO/Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 29p. 2004.
- GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1217-1223, 2005.
- GREENE, S. The Shaman's needle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, v. 25, n.4, (Nov), p. 634-658, 1998.
- GUIMARÃES, M. S. Protocolando condutas, etiquetando pessoas: As políticas prescritivas da sexualidade em um protocolo clínico do Ministério da Saúde. Dissertação (Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.
- LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.4, p.1019-1029, 2014.
- MAGALHÃES, E. D. O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. Dissertação de mestrado (SERVIÇO SOCIAL) SER/UNB, 2001.
- MARQUES, I. S. F. A política de atenção à saúde indígena: a implantação do Dsei de Cuiabá-MT. Dissertação de mestrado (SAÚDE PÚBLICA) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2003.
- MALINOWSKI, B. Os argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Editora Abril, 1984.
- MANSO, M.E.G. “A gente não é uma doença, tem muita coisa por trás!”: narrativas de um grupo de pessoas portadoras de doenças crônicas sobre seu adoecimento. 244p. Tese de doutorado (CIÊNCIAS SOCIAIS) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- NOGUEIRA, C.O. “Dá licença, posso entrar?” Uma etnografia em uma “Clínica da Família”. 249p..

- Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- NOVO, M. P. Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu. Brasília: ABA/Paralelo 15, 2010.
- OSHAÍ, C.M.A. Não é só médico que cura, não é só a medicina que cura: perspectivas sobre saúde entre coletivos quilombolas no Marajó – Pará/Brasil. 389p.. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA), Universidade Federal do Pará, Belém: 2017.
- PEREIRA, Diogo Neves. Vínculos e estatizações nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- ROCHA, E. Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial do Rio Negro. Dissertação de mestrado (SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA). Manaus: Universidade Federal do Amazonas. 2007.
- SANTOS, K.B.S. O cuidar do outro no domicílio: a ética da hospitalidade no contexto do HIV/ SIDA em Maputo (Moçambique). 215p. Tese de doutorado (SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA) Universidade Federal do Pará, Belém: 2015.
- SANTOS, L. Controvérsias em torno das práticas e terapias de cura: a epidemia de cólera-morbus em Pernambuco (1855). 281p. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade de São Paulo: São Paulo, 2013.
- SCHUTZ, A. Fenomenologia e relações sociais. (Textos escolhidos de Alfred Schutz, H.R. WAGNER, Org.) Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.
- SCOPEL, D. Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de automação, xamanismo e biomedicina. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2013.
- SILVA, A.L.M. Experiência mística como narrativa e poesia (sincretismos e traduções) na cultura: a cura pela linguagem na Cabalá e no Reiki em Belém e Marituba – PA. 351p. Tese de doutorado (SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA) Universidade Federal do Pará, Belém: 2016.
- SMILJANIC, M. I. 2008. Da observação à participação: Reflexões sobre o ofício do Antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami. Série Antropologia, v. 417. Brasília: DAN/UNB.
- SOUZA LIMA, A. C. 2002a. Diversidade cultural e política indigenista no Brasil. In: Tellus, nº 3, Campo Grande.
- \_\_\_\_\_. 2002b. Tradições de conhecimento para gestão colonial da desigualdade: reflexões a partir da administração indigenista no Brasil. In: BASTOS, C.; ALMEIDA, M. V.; FELDMAN-BIANCO, B. (coords.) Trânsitos coloniais: diálogos críticos luso-brasileiros. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, p. 151-172.
- \_\_\_\_\_. 2002c. Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo. In: SOUZA LIMA, A.C. Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 316 p.. (Coleção Antropologia da Política)
- SOUZA LIMA, A. C.; MACEDO e CASTRO, J. P. 2008. Política(s) Pública(s). In: PINHO, O & SANSONE, L. (Orgs.). Raça. Novas perspectivas antropológicas. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia/EDUFBA.
- TEIXEIRA, C. C. Políticas de saúde indígena no Brasil em perspectiva. In: SILVA, C. T.; SOUZA LIMA, A. C.; BAINES, S. (Org.). Problemáticas Sociais para Sociedade Plurais: Políticas Indigenistas, Sociais e de Desenvolvimento em Perspectiva Comparada. São Paulo: Editora



AnnaBlume, 2009.

\_\_\_\_\_. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando? Anuário Antropológico 2009/I. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2010.

\_\_\_\_\_. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, v. 55, n. 2, 2012.

TONIOL, R.F. Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. 302p.. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2015.